



WELL CHILD EXAM - INFANCY: 4 MONTHS

(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

BÉ THƠ: 4 THÁNG

| | | | | | | | | | |
|---|---|--------------------------|---|---|--|--|-----------|--|--|
| PHỤ HUYNH ĐIỀN VỀ ĐÚA TRẺ | TÊN ĐÚA TRẺ | | | NGƯỜI ĐÚA ĐÚA TRẺ ĐẾN KHÁM: | | | NGÀY SANH | | |
| | CÁC DỊ ÚNG | | | THUỐC MEN HIỆN TẠI | | | | | |
| | CÁC BỆNH TẬT/TAI NẠN/TRỎ NGẠI/QUAN TÂM KẾ TỪ LẦN KHÁM CUỐI | | | HÔM NAY TÔI CÓ THẮC MẮC VỀ: | | | | | |
| | CÓ KHÔNG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi ngủ ngon. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi ăn và tăng trưởng tốt. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Rất dễ biết khi con của tôi muốn gì. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tôi không thường có những lúc buồn chán. | | | CÓ KHÔNG <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi có thể với được đồ vật và có thể cầm được. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi đang lật hoặc đang cố tập để lật ngửa. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Con tôi biết nhìn và nghe. Mắt không bị lé. | | | | | |
| | WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE | HEIGHT CM/IN. PERCENTILE | HEAD CIR. PERCENTILE | Diet _____ Elimination _____ Sleep _____ <input type="checkbox"/> Review Immunization Record <input type="checkbox"/> Other: _____ | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Review of systems <input type="checkbox"/> Review of family history | | | Health Education: (Check all discussed/handouts given) <input type="checkbox"/> Family Planning <input type="checkbox"/> Safety <input type="checkbox"/> Sleeping on back <input type="checkbox"/> Development <input type="checkbox"/> Crib Safety <input type="checkbox"/> Shaken Baby Syndrome <input type="checkbox"/> Infant Bond <input type="checkbox"/> Feeding <input type="checkbox"/> Fever <input type="checkbox"/> Passive Smoke <input type="checkbox"/> No bottle in bed <input type="checkbox"/> Child care <input type="checkbox"/> Appropriate Car Seat <input type="checkbox"/> Maternal Depression <input type="checkbox"/> Other: _____ | | | | | | |
| Screening: Hearing <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Vision <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A | | | Assessment/Plan: _____ _____ _____ _____ _____ _____ | | | | | | |
| Development: Circle area of concern Adaptive/Cognitive Language/Communication Gross Motor Social/Emotional Fine Motor Behavior <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Mental Health <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A | | | Physical: General appearance <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Chest <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Skin <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Lungs <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Head/Fontanelle <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Cardiovascular/Pulses <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Eyes (Cover/Uncover) <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Abdomen <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Ears <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Genitalia <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Nose <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Spine <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Oropharynx <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Extremities/ Hips <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Neck <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A Neurologic <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A | | | | | | |
| Describe abnormal findings and comments: | | | IMMUNIZATIONS GIVEN _____ _____ _____ _____ _____ | | | | | | |
| NEXT VISIT: 6 MONTHS OF AGE | | | REFERRALS | | | | | | |
| HEALTH PROVIDER SIGNATURE | | | HEALTH PROVIDER NAME | | | | | | |
| | | | HEALTH PROVIDER ADDRESS | | | | | | |

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Infancy (4 months)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Hearing Screen

Use clinical judgment.

Developmental Milestones

Always ask about and follow-up on parent concerns about development or behavior. You may use the following screening list, or use the Ages and Stages Questionnaire, the Denver II, or the ELMS2 (a language screen).

Yes No

- Holds head up to 90 degrees.
- Laughs.
- Follows past mid line.
- No persistent fist clenching.

Instructions for developmental milestones: At least 90% of infants should achieve the underlined milestones by this age. If you have checked "no" on even *one* of the underlined items, refer the infant for a formal developmental assessment.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control or Prevention. **Parents and providers may call Healthy Mothers, Healthy Babies (1-800-322-2588) with questions or concerns on childhood development.**



KHÁM TRẺ KHỎE MẠNH - BÉ THƠ: 4 THÁNG

WELL CHILD EXAM - INFANCY: 4 MONTHS

(Đáp Ứng Chỉ Tiêu EPSDT)

NGÀY

BÉ THƠ: 4 THÁNG

| | | | |
|--|---|--|-----------------------------|
| PHỤ HUYNH ĐIỀN VỀ ĐÚA TRẺ | TÊN ĐÚA TRẺ | NGƯỜI ĐÚA ĐÚA TRẺ ĐẾN KHÁM: | NGÀY SANH |
| | CÁC DỊ ÚNG | THUỐC MEN HIỆN TẠI | |
| | CÁC BỆNH TẬT/TAI NẠN/TRỞ NGẠI/QUAN TÂM KẾ TỪ LẦN KHÁM CUỐI | | HÔM NAY TÔI CÓ THẮC MẮC VỀ: |
| | CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> Con tôi ngủ ngon. | CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> Con tôi có thể với được đồ vật và có thể cầm được. | |
| | CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> Con tôi ăn và tăng trưởng tốt. | CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> Con tôi đang lật hoặc đang cố tập để lật ngửa. | |
| CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> Rất dễ biết khi con của tôi muốn gì. | CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG <input type="checkbox"/> Con tôi biết nhìn và nghe. Mắt không bị lé. | | |
| Tôi không thường có những lúc buồn chán. | | | |
| CÂN NẶNG KG./OZ. SỐ BÁCH PHÂN | CHIỀU CAO CM/IN. SỐ BÁCH PHÂN | VỒNG ĐẦU SỐ BÁCH PHÂN | |
| <input type="checkbox"/> Xét lại các hệ thống | <input type="checkbox"/> Xét lại quá trình gia đình | | |
| <p>Khám truy tầm: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> thường</p> <p>Nghe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Nhin <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Phát triển: Khoanh tròn những phần quan ngại</p> <p>Thích nghi/Nhận thức <input type="checkbox"/> Ngôn ngữ/Giao tiếp</p> <p>Vận Động Thường <input type="checkbox"/> Giao tế/Xúc cảm <input type="checkbox"/> Vận Động Khéo Léo</p> <p>Tính hạnh <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Tình Trạng Tâm Thần <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Thể chất: <input type="checkbox"/> Không <input type="checkbox"/> Bình thường <input type="checkbox"/> thường</p> <p>Nhin Chung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Da <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Đầu/Thóp <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Mắt (Che/Không Che) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Tai <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Mũi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Họng <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Cổ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Hạch <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Phổi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Ngực <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Tim/Mạch <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Bụng <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Cơ Quan Sinh Dục <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Xương sống <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Chân tay/Hồng <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Thần kinh <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> | | | |
| <p>Chế độ ăn uống _____</p> <p>Bài tiết _____</p> <p>Ngủ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Xét Lại Hồ Sơ Chích Ngừa <input type="checkbox"/> Điều khác: _____</p> <p>Giáo Dục về Y Tế: (Đánh dấu vào tất cả những phần đã thảo luận/dã đưa tài liệu)</p> <p><input type="checkbox"/> Kế Hoạch Hóa <input type="checkbox"/> An Toàn <input type="checkbox"/> Ngủ nầm ngửa</p> <p><input type="checkbox"/> Gia Đình <input type="checkbox"/> An Toàn <input type="checkbox"/> Hội Chứng Lắc Em Bé</p> <p><input type="checkbox"/> Phát Triển <input type="checkbox"/> Trong Nôi <input type="checkbox"/> Bị Nóng Sốt</p> <p><input type="checkbox"/> Gắn Gối Với <input type="checkbox"/> Cho ăn uống <input type="checkbox"/> Giữ trẻ</p> <p><input type="checkbox"/> Trẻ Thơ <input type="checkbox"/> Không cho bú <input type="checkbox"/> bình khi ngủ</p> <p><input type="checkbox"/> Hít Khói Thuốc <input type="checkbox"/> Car Seat Thích Hợp <input type="checkbox"/> Chán Nán Khi Làm Mẹ</p> <p><input type="checkbox"/> Lớp Khác: _____</p> <p>Giám Định/Kế hoạch: _____</p> <p>ĐÃ CHỨNG NGỪA _____</p> <p>GIỚI THIỆU _____</p> <p>TÊN NƠI CHĂM SÓC SỨC KHỎE</p> <p>ĐỊA CHỈ NƠI CHĂM SÓC SỨC KHỎE</p> | | | |
| LẦN KHÁM KẾ TIẾP: LÚC 6 THÁNG | | <input type="checkbox"/> XEM PHẦN ĐỌC | |
| CHỮ KÝ NƠI CHĂM SÓC SỨC KHỎE | | | |

Sức Khỏe của Em Bé Quý Vị Lúc 4 Tháng

Các Điểm Mốc

Những cách em bé của quý vị phát triển trong khoảng từ 4 đến 6 tháng.

Ngóc đầu lên khi nằm sấp.

Kêu la, cười lớn, cười mỉm chi.

Lật qua lật lại.

Cầm lúc lắc, cổ bô vào miệng để ngâm.

Cố chuyển đồ chơi từ tay này qua tay kia.

Nhận ra được tiếng nói và khuôn mặt của cha mẹ.

Tập ngồi thẳng, nêu đỡ lưng cho em lúc đầu.

Quý vị có thể giúp cho em bé của quý vị học hỏi những điều mới bằng cách chơi đùa với em.

Muốn Được Giúp hoặc Biết Thêm Tin Tức

Muốn giúp tìm dịch vụ giữ trẻ: Washington State Child Care Resource and Referral Network, 1-800-446-1114.

Sức khỏe và phát triển của trẻ em: Trang web Tài Liệu về TRẺ EM: www.childprofile.org.

Gói Tài Liệu của TRẺ EM đến cho cha mẹ:

Đường Dây về Tin Tức và Giới Thiệu của Healthy Mothers, Healthy Babies là 1-800-322-2588 (tiếng nói) hoặc 1-800-833-6388 (Tiếp Âm TTY); hãy yêu cầu để bỏ tên của quý vị trong danh sách gởi thư nếu hiện tại quý vị không nhận được tin tức bằng bưu điện.

Khả Năng hoặc Hỗ Trợ về Nuôi Con: Đường Dây Giúp về Gia Đình, 1-800-932-HOPE (4673) Family Resources Northwest, 1-888-746-9568 Các Lớp Học Ở Trường Cao Đẳng Cộng Đồng Địa Phương

Các Chỉ Dẫn về Sức Khỏe

Khi khám sức khỏe định kỳ là lúc tốt nhất để hỏi bác sĩ và y tá về tình trạng sức khỏe và sự tăng trưởng của em bé quý vị. Viết ra một danh sách trước khi đi khám sức khỏe. Mang theo thẻ chích ngừa của em bé khi đi khám sức khỏe.

Em bé của quý vị vẫn có thể chích ngừa được nếu em đang bị cảm lạnh nhẹ hoặc đi tiêu chảy hay đang uống thuốc trụ sinh. Chích ngừa sẽ không làm cho những bệnh này bị tệ hơn.

Trong lứa tuổi này em bé của quý vị hấp thụ được những chất dinh dưỡng cần thiết từ sữa mẹ hoặc sữa bình. Nếu quý vị cho con bú, cố gắng cho em bú trọn một năm đầu. Nên chờ cho con em của quý vị được 5-6 tháng mới tập cho ăn cereal hoặc những thức ăn đặc khác.

Kiểm soát về cách nghe và nhìn của em bé quý vị. Theo dõi xem em có nhìn theo vật đang di chuyển không. Để ý nếu thấy em quay về phía ôn ào hoặc những tiếng động lạ.

Tiếp tục cho em bé của quý vị nằm ngửa khi ngủ. Tránh để những đồ trại giường mềm mỏng hoặc đồ chơi nhồi bông chung quanh nôi của em trong năm đầu tiên. Phải chắc chắn rằng những người khác trông coi em cũng đều làm như vậy.

Các Chỉ Dẫn về Nuôi Con

Hát, nói chuyện, và chơi đùa với con em của quý vị mỗi ngày. Nhìn vào mặt em và nói theo những gì em nói.

Cho em nằm sấp để chơi dưới sàn nhà. Để đồ chơi bên cạnh em cho em với lấy được.

Nếu quý vị lo ngại bất cứ điều gì về sự tăng trưởng của em bé quý vị, hãy hỏi bác sĩ hoặc y tá của em hay gọi cho Healthy Mothers, Healthy Babies.

Các Chỉ Dẫn về An Toàn

Luôn luôn ở bên cạnh em khi em nằm trên giường, ghế sa lông, hay bàn thay tã để em khỏi bị lăn xuống đất.

Tiếp tục dùng car seat quay về phía sau trong lúc chở em. Để em ở ghế sau và cột dây an toàn.